



Minister Zdrowia

ASG.050.4.2026.EM
Warszawa, 21 stycznia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 14340 z 2 stycznia 2026 r. Pani Katarzyny Osos, Poseł na Sejm RP, w sprawie działań systemowych w obszarze przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji w odpowiedzi na pytania:

1. Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób Ministerstwo zamierza zwiększyć dostęp do diagnostyki w obszarze POChP?

Obowiązujące przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1427) przewidują rozwiązania umożliwiające realizację działań diagnostycznych i terapeutycznych istotnych z punktu widzenia leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest uprawniony do zlecenia badań obrazowych, w tym zdjęć radiologicznych m.in. zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – do kierowania pacjentów na tomografię komputerową płuc w celu pogłębienia diagnostyki.

W ramach świadczeń pielęgniarki POZ realizowana jest profilaktyka gruźlicy, obejmująca m.in. przeprowadzenie wywiadu i ankiety, edukację zdrowotną oraz – w przypadku osób z grup ryzyka – przekazanie informacji lekarzowi POZ i skierowanie pacjenta do dalszej oceny stanu zdrowia. Działania te pośrednio wspierają wczesne wykrywanie chorób układu oddechowego.

Istotnym elementem systemowym jest opieka koordynowana w POZ w zakresie diagnostyki i leczenia astmy oskrzelowej oraz POChP. Świadczenie to obejmuje poradę kompleksową, badania diagnostyczne (w tym spirometrię), konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne oraz konsultacje dietetyczne, realizowane przez zespół lekarza i pielęgniarki POZ, przy zapewnionym dostępie do specjalistów i odpowiedniego sprzętu.

W przypadkach, gdy świadczeniodawca POZ nie przystąpił do realizacji opieki koordynowanej, a w ramach deklaracji wyboru obejmuje opieką pacjentów przewlekle chorych z grupy dziedzicznej pulmonologia, w tym z rozpoznaniem POChP, Narodowy Fundusz Zdrowia wypłaca obok stawki kapitacyjnej dodatek kwotowy. Dodatek ten naliczany jest na podstawie sprawozdania odpowiedniego kodu jednostki chorobowej, tj. ICD-10 J44 – inna przewlekła zaporowa choroba płuc.

Ministerstwo Zdrowia zamierza zwiększać dostęp do diagnostyki POChP poprzez wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej, dalszy rozwój opieki koordynowanej z finansowaniem kompleksowej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych.

Status nikotynowy, najistotniejszy czynnik ryzyka wystąpienia chorób płuc w tym POChP weryfikowany jest w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK).

Palenie tytoniu lub używanie innych wyrobów zawierających nikotynę jest jednym z głównych czynników ryzyka ocenianym m.in. w ramach wdrożonego od 5 maja 2025 r. do POZ programu „Moje zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej”. Pacjenci z nieprawidłowościami, są objęci indywidualnym planem opieki w zakresie stwierdzonych czynników ryzyka i kierowani na stosowne dalsze interwencje np. do udziału w programie profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym edukację.

Aktualnie w ramach świadczeń gwarantowanych realizowany jest Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – POChP) w którym zapewnia się wczesną diagnostykę chorób odtytoniowych oraz wsparcie w zakresie rzucenia palenia papierosów (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych). Program obejmuje: edukację antynikotynową, spirometrię w uzasadnionych przypadkach (u osób w wieku 40-65 lat), która pozwala na wczesną diagnostykę przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz terapię antynikotynową.

Aktualnie program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP, realizowany jest w oparciu o umowy wieloletnie zawarte przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a w przypadku braku dostępności świadczeń na danym obszarze oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą postępowania konkursowe. W 2025 r. w trzech postępowaniach ogłoszonych przez OW NFZ (podkarpacki i podlaski) nie wpłynęła żadna oferta, w związku z czym konkursy zostały unieważnione. W przypadku pojawienia się sygnałów o zwiększonym zainteresowaniu świadczeniodawców realizacją programu, Centrala NFZ przewiduje możliwość rekomendowania oddziałom wojewódzkim ponownej weryfikacji dostępności świadczeń i jeśli będzie to uzasadnione – ogłoszenia nowych naborów.

Jednocześnie informuję, że zgodnie z art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461), w latach 2026–2028 planowane jest dofinansowanie przez NFZ programów polityki zdrowotnej jednostek samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

2. Czy, a jeśli tak, to kiedy Ministerstwo planuje rozpoczęcie prac nad Narodowym Planem dla Chorób Płuc?

Obecnie nie są prowadzone prace nad opracowaniem odrębnego Planu dedykowanego wyłącznie chorobom układu oddechowego. Czynniki ryzyka w zdrowiu publicznym tworzą wzajemnie powiązaną „sieć przyczyn”, w której elementy społeczne, środowiskowe i behawioralne wzmacniają się nawzajem, zwiększając ogólne obciążenie chorobami, co potwierdza WHO oraz liczne analizy dotyczące determinant zdrowia.

Dlatego skuteczne działania zdrowia publicznego wymagają równoczesnego ograniczania wielu czynników ryzyka, ponieważ ich współwystępowanie i wzajemne oddziaływanie potęgują nierówności zdrowotne i zwiększają podatność populacji na choroby.

Cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia realizowane są w sposób powiązany, przeciwdziałając więcej niż jednemu zagrożeniu jednocześnie, w szczególności w obszarach, w których istnieją naukowe dowody zależności między zagrożeniami lub czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi.

Działania związane z ograniczeniem narażenia na dym tytoniowy zostały ujęte m.in. w ramach realizacji celu operacyjnego 2. pn.: Profilaktyka uzależnień, zawartego w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. 642, z późn. zm.). Działania te, w zakresie zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych, prowadzone są przede wszystkim przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (NIO).

Do zadań NIO należy prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym oraz realizacja szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych. NIO współpracuje również z organizacjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie profilaktyki

antytytoniowej oraz udziela pomocy fachowej podmiotom realizującym zadania w tym zakresie. Ponadto prowadzi działalność naukowo – badawczą w zakresie prewencji tytoniowej.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace analityczne mające na celu opracowanie kolejnej edycji Narodowego Programu Zdrowia, który będzie obowiązywał w perspektywie od roku 2027. Jego istotnym elementem będzie dalsze skuteczne ograniczanie używania wyrobów nikotynowych, jako jednego z głównych czynników ryzyka dla zdrowia i życia obywateli Polski, między innymi w zakresie występowania POChP.

Jednocześnie Ministerstwo monitoruje sytuację epidemiologiczną oraz potrzeby zdrowotne społeczeństwa, a ewentualne decyzje dotyczące tworzenia nowych dokumentów strategicznych będą podejmowane w oparciu o analizy danych, dostępne rekomendacje ekspertów oraz możliwości organizacyjne i finansowe systemu ochrony zdrowia.

3. Czy, a jeśli tak, to kiedy Ministerstwo planuje zapewnić dostęp do innowacyjnego leczenia biologicznego dla pacjentów z ciężkim przebiegiem POChP, tj. zapaleniem typu 2 (eozynofilowym), dla których inne opcje leczenia są niewystarczające?

Kwestie związane z refundacją reguluje ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o refundacji”. W myśl zapisów ustawy o refundacji objęcie refundacją produktu leczniczego jest dokonywane w drodze decyzji administracyjnej, wydawanej przez Ministra Zdrowia w oparciu o wniosek złożony przez podmiot odpowiedzialny (producenta leku, jego przedstawiciela lub importera) zgodnie z art. 24 ustawy o refundacji.

Złożony wniosek musi zawierać wszystkie elementy określone w art. 25 ww. ustawy. Wniosek o objęcie refundacją nowej substancji czynnej lub nowego wskazania dla danej substancji czynnej podlega ocenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W kolejnym etapie postępowania całość dokumentacji przekazywana jest Komisji Ekonomicznej, która prowadzi z wnioskodawcą negocjacje w zakresie ustalenia ceny zbytu netto, instrumentów dzielenia ryzyka oraz wskazania, w którym produkt ma być refundowany. Dopiero dysponując rekomendacją Prezesa Agencji oraz stanowiskiem Komisji Ekonomicznej, uwzględniając kryteria ujęte w art. 12 ustawy o refundacji, Minister Zdrowia podejmuje decyzję o objęciu bądź odmowie objęcia refundacją produktu we wnioskowanym wskazaniu.

Na podstawie przepisów art. 37 ustawy o refundacji Minister Zdrowia ogłasza, co do zasady raz na 3 miesiące, w drodze obwieszczenia wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Zgodnie z treścią aktualnie obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia

18 grudnia 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych obowiązującego od 1 stycznia 2026 r., w ramach kategorii aptecznej, we wskazaniu POChP, refundacją objęte są następujące grupy substancji czynnych, umieszczone w ramach poszczególnych grup limitowych:

- Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu (LABA) – gr. lim. 198.0
 - Formoterolum
 - Salmeterolum
- Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu - gr. lim. 197.1
 - Salbutamol
 - Fenoterol
- Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - gr. lim. 201.2
 - Glycopyrronii bromidum
 - Tiotropium

- Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu – gr. lim. 201.1
 - Ipratropii bromidum
- Wziewne kortykosteroidy
 - Budesonidum – gr. lim.: 200.1, 200.2, 200.3, 200.4
 - Ciclesonidum – gr. lim.: 200.1
 - Fluticasonum – gr. lim.: 200.1
- Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu – produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu – gr. lim. 201.1
 - Fenoterolum + Ipratropii bromidum
- Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu - gr. lim. 201.3
 - Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum
 - Olodaterolum + Tiotropium
 - Umeclidinii bromidum + Vilanterolum
- Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami
 - Fluticasonum + Salmeterolum - gr. lim.: 199.1, 199.2, 199.3
 - Budesonidum + Formoterolum - gr. lim.: 199.1, 199.2, 199.3
 - Beclometasonum + Formoterolum - gr. lim.: 199.2
- Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu – produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi – gr. lim. 199.4
 - Beclometasonum + Formoterolum + Glycopyrronii bromidum
 - Fluticasonum + Umeclidinium + Vilanterolum
 - Formoterolum + Glycopyrronium + Budesonidum
- Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego – gr. lim.: 82.3, 82.4, 82.5
 - Methylprednisolonum
 - Prednisolonum
 - Prednisonum
- Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych – gr. lim. 204.0
 - Montelukastum
- Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina – postaci o przedłużonym uwalnianiu – gr. lim. 203.0
 - Theophyllinum.

Odnosząc się natomiast do kwestii zapewnienia dostępu do innowacyjnego leczenia biologicznego dla pacjentów z ciężkim przebiegiem POChP, należy wskazać, iż do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły wnioski o objęcie refundacją dla leku *Dupilumabum* dla pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Wnioski znajdują się na wczesnym etapie postępowania refundacyjnego.

4. Jakie inne działania zamierza w tym obszarze podjąć Ministerstwo i kiedy?

Ograniczanie występowania POChP wiąże się m.in. ze zmniejszeniem liczby osób palących wyroby tytoniowe. W tym celu w 2025 r. wprowadzono dwie nowelizacje ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Pierwsza nowelizacja, opublikowana 2 kwietnia 2025 r. (ustawa z 21 lutego 2025 r.), wdraża przepisy dyrektywy delegowanej Komisji Europejskiej 2022/2100/UE i wprowadza zakaz stosowania aromatów charakterystycznych w podgrzewanych wyrobach tytoniowych.

Druga nowelizacja, ogłoszona 20 czerwca 2025 r., ustanowiła m.in. zakaz sprzedaży woreczków nikotynowych oraz płynów beznikotynowych do e-papierosów osobom poniżej

18. roku życia, zakaz ich sprzedaży w placówkach leczniczych, oświatowych, sportowo-rekreacyjnych, a także w automatach, oraz określiła maksymalne dopuszczalne stężenie nikotyny w woreczkach nikotynowych.

Obecnie trwają prace nad kolejną nowelizacją, której celem jest całkowity zakaz wprowadzania do obrotu jednorazowych papierosów elektronicznych ze względu na zagrożenie dla zdrowia młodzieży i osób niepalących. Jednocześnie podkreśla się, że wyroby z nikotyną nieobjęte dyrektywą 2014/40/UE powinny być dopuszczane do sprzedaży wyłącznie w reżimie farmaceutycznym.

W praktyce istnieją już skuteczne i bezpieczne metody leczenia uzależnienia od nikotyny, stosowane w ramach nikotynowej terapii zastępczej.

Działania podejmowane w obszarze chorób płuc, w tym chorób przewlekłych oraz nowotworowych, realizowane są w ramach istniejących instrumentów systemowych oraz projektów skierowanych na poprawę wczesnego wykrywania i koordynacji opieki nad pacjentami.

Jednym z przedsięwzięć w tym zakresie jest projekt nowego Programu profilaktyki raka płuca z wykorzystaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK).

Program ten ma na celu poprawę wykrywalności raka płuca we wczesnych stadiach u osób z grup podwyższonego ryzyka, w szczególności wieloletnich palaczy tytoniu, w tym z współistniejącymi czynnikami ryzyka tj. POCHP. Projekt wpisuje się w działania na rzecz wzmocnienia diagnostyki chorób płuc oraz wykorzystania nowoczesnych technologii obrazowych w profilaktyce i wczesnym rozpoznawaniu chorób nowotworowych układu oddechowego. Aktualnie trwa analiza uwag, które wpłynęły w konsultacjach publicznych, opiniowaniu i uzgodnieniach ww. projektu. Przewiduje się wprowadzenie programu od lipca 2026 r. Ponadto prowadzone są analizy dotyczące świadczeń, które obejmują poradnictwo antytytoniowe. Nie wykluczamy zmian w tym zakresie, aby wsparcie pacjentów w rzuceniu nałogu było jak najbardziej skuteczne.

Równolegle Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace organizacyjne nad wdrożeniem koncepcji Lung Cancer Units (LCU), tj. wyspecjalizowanych ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia raka płuca, opartych na modelu wielodyscyplinarnej i skoordynowanej opieki nad pacjentem. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekty trzech rozporządzeń w zakresie: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i rehabilitacji.

Rozporządzenia wprowadzają Model Kompleksowej Opieki – Lung Cancer Units (LCU), wzorowany na Breast Cancer Units (BCU) i Colorectal Cancer Units (CCU). LCU zapewni koordynację diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, skrócenie ścieżki diagnostycznej oraz poprawę jakości opieki i wyników leczenia. Model LCU uzyskał pozytywne rekomendacje: Krajowej Rady Onkologicznej (Uchwała nr 33/2024), AOTMiT (Rekomendacja nr 57/2025) oraz Rady Przejrzystości. Trwają końcowe uzgodnienia z klinicystami przed skierowaniem projektu do konsultacji publicznych.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/